MEDIZINISCHE MONATSHEFTE

SHANGHAI

HERAUSGEBER: DR. PAUL SALOMON M.D. • DR. EGON GOLDHAMMER M.D.

HEFT 1 **OKTOBER 1940**

Inhalt:

Verlag der MEDIZINISCHEN MONATSHEFTE SHANGHAI
Dr. Kurt Raphael Ph.D., Rte. des Soeurs 78.
Anschrift der Schriftleitung: Dr. Paul Salomon M.D.,
Wayside Road 335. Phone 50792.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI (SHANGHAI MEDICAL MONTHLY)
registered at the S.M.P. and the P.Fr.

Introduction.

The tremendous events rocking the world in our time have not only depreciated and subverted numerous principles, historical facts, but also wrecked worthy men, compelling them to entirely change their courses of life. The editors and the publisher, who in these troubled days undertake to publish a new scientific Journal of Medicine in the Far East, intend to serve different purposes: The physicians who have immigrated here shall, in the first line, deal with their professional problems in their own tongue, feeling at home by reading what is familiar to them. Besides, they must acquaint themselves with the peculiar characteristics of this country, its particular diseases and microbes. Finally, they have to come to mutually exchanging fructifying thoughts with European, American, and Japanese physicians and especially Chinese doctors, who are not only representatives of an old culture of high standard, but also recognized as scientists and scholars. We are quite aware of what particular difficulties we meet with in the Far East. In pursuing our purpose we have to take into account not only the oddities of this country, but also the fact that the experiences gathered by western medical men in this huge territory are comparatively young. So, though paying most attention to the tropical diseases and other maladies typical of this country, we shall, beyond that, devote a proper part of our columns to all progress and valuable results of research achieved in other countries and any sphere of medicine including dentistry.

Some essays to be published in our Journal will be reproductions of lectures previously delivered to expert audiences. Immediate effect results from what is spoken; but what is written affords the advantage of a larger range, thus giving an impulse to the exchange of scientific thoughts on a much more extensive basis. It is a matter of course that we shall keep that exchange of thoughts as strictly scientific and free of any polemics as the other contents of the Shanghai Medical Monthly. Just in this way we hope to render the best services to the progress and development of medical science. Only if really free and independent, research links nations across all frontiers. Only if thus conceived, medicine can, regardless of nation or race, work progressively in fighting diseases, the scourges of mankind.

Though for the first time this Journal will mainly contain articles composed in German, we shall, just following up the above principles, also publish original essays in foreign languages, possibly English, among them particularly contributions made by English, American, or Chinese authors. If necessary, these essays will be followed by German summaries. The editors and the publisher thus wish to make their organ a close tie between all physicians of this place. So they ask to be favoured with scientific co-operation as well as inquiries resulting from medical practice.

Shanghai, October 31st, 1940

The Editors. The Publisher.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI

SHANGHAI MEDICAL MONTHLY

Organ of the C.A.E.J.R.-MEDICAL BOARD.

HEFT 1 **OKTOBER 1940**

Zur Einfuehrung.

Das gewaltige Weltgeschehen, das wir jetzt miterleben, hat nicht nur zahllose Grundbegriffe, historische Tatsachen entwertet und umgestossen, sondern auch wertvolle Menschen aus der Bahn geworfen und zwangsweise umgeschichtet. Wenn Herausgeber und Verleger in dieser so bewegten Zeit es unternehmen, im Fernen Osten eine neue wissenschaftliche Zeitschrift der Heilkunde zu veröffentlichen, so lassen sie sich dabei von mehreren Gesichtspunkten leiten: Zunächst sollen die hier eingewanderten Aerzte ihre eigene Sprache reden, in der sie sich heimisch fühlen; dann aber müssen sie mit den Eigenheiten dieses Landes, seinen besonderen Krankheiten und Krankheitsbildern vertraut werden und schliesslich in einen engen gegenseitig befruchtenden Gedankenaustausch mit europäischen, amerikanischen, japanischen und besonders chinesischen Aerzten kommen, die nicht nur eine hohe alte Kultur repräsentieren, sondern anerkannte Wissenschaftler und Forscher sind. Wir sind uns der besonderen Schwierigkeiten unserer Aufgabe hier im Fernen Osten durchaus bewusst. Sie hat nicht nur mit den Eigenheiten dieses Landes, sondern auch mit den relativ jungen Erfahrungen westlicher Medizin in diesem gewaltigen Gebiet zu rechnen. Wenn deshalb auch unser Hauptaugenmerk den tropischen und sonst für diese Gegend typischen Krankheiten gilt, so werden wir darüber hinaus allen wertvollen Erkenntnissen und Fortschritten in anderen Ländern und auf allen Gebieten der Medizin ein - schliesslich der Zahnheilkunde gebührenden Raum widmen.

Manche Beiträge, die wir veröffentlichen, werden der Niederschlag von Vorträgen in Fachkreisen sein. Gegenüber der Unmittelbarkeit des gesprochenen Wortes hat das geschriebene den Vorteil grösserer Tragweite und regt dadurch den wissenschaftlichen Gedankenaustausch auf einer viel breiteren Basis an. Es versteht sich von selbst, dass wir diesen Erfahrungsaustausch ebenso streng wissenschaftlich, ebenso frei von Polemik halten werden, wie den übrigen Inhalt der "Medizinischen Monatshefte Shanghai". Gerade dadurch hoffen wir, dem Fortschritt und der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft am besten dienen zu können. Nur die wahrhaft freie und unabhängige Forschung verbindet über alle Grenzen hinweg die Völker, und nur eine so verstandene Heilkunde vermag ohne Ansehen von Nation und Rasse fortschrittlich im Kampfe gegen die Krankheiten als Geisseln der Völker zu wirken.

Wenn diese Zeitschrift auch zunächst vorwiegend in deutscher Sprache erscheint, so werden wir gerade im Sinne der oben gezeigten Grundlinien fremdsprachliche Originalarbeiten nach Möglichkeit in englischer Sprache bringen, insbesondere Beiträge englischer, amerikanischer, chinesischer Autoren; wir lassen dann gegebenenfalls diesen Arbeiten kurze Auszüge in deutscher Sprache folgen. Herausgeber und Verleger wollen das Blatt zu einem engen Bindeglied zwischen allen Aerzten gestalten und erbitten daher ebenso Anfragen aus der ärztlichen Praxis wie wissenschaftliche Mitarbeit.

Shanghai, 31. Oktober 1940

Herausgeber und Verleger

PREFACE.

It is with great pleasure that I respond to a request extended to me to write a few lines of introduction to this Journal. It is beyond doubt a laudable task and a praiseworthy effort to publish a Medical Journal in these troubled days and it is hoped and sincerely wished that success shall be the reward.

Though the general application of western medicine in China is still in a period of transition and development, great advances have been made in the last three decades in the field of public health and medical education. A good many Chinese physicians have already proved to be not only excellent practitioners but a fair number have distinguished themselves as the future leaders in medical science. Not only this very fact should be taken seriously into consideration, but also the traditional and cultural background of this country and the need of the masses. The newly settled colleagues who are future contributors to this Journal will act wisely to adapt themselves to the changed conditions and thus endeavour to apply methods of the West.

It is a very encouraging sign indeed that despite all the hardships, a group of physicians has the endurance and idealism to enter into the service of the welfare of this great cosmopolitan City, with the intention to show a good example of the splendid tradition of western medicine. Tradition is one of the basic factors which should be always emphasized and luckily medicine has escaped a good many influences of our "Slogan-age". Medicine should remain also in the future in the service of human welfare, for the advancement of the entire human race. Medicine should become the herald of the international goodwill and understanding which we are so sadly lacking these days.

It is with the very wish that the Journal should not only add to the advancement of medical science, but also to serve as a good example of what true humanity stands for. "Habeant sua fata libelli..." whatever the fate of this Journal may be, I am sure it will always remain a fitting memory of the efforts of a group of persons whose life was bordering tragedy, but whose spirit remained unshaken.

F. Reiss, M. D.
Chairman of The C A. E. J. R.-Medical Board.

GELEITWORT.

Mit aufrichtiger Freude komme ich der Bitte nach, einige Worte zur Einführung dieser Zeitschrift zu schreiben. Die Herausgabe einer medizinischen Zeitschrift trotz der Unruhe unserer Zeit ist zweifellos eine mutige, jedoch begrüssenswerte Aufgabe, und es bleibt nur zu wünschen, dass die aufgewandte Mühe auch von Erfolg gekrönt werden möge.

Wenn auch die Allgemeinanwendung der europäischen Heilkunde sich hier in China noch im Zustand der Entwicklung befindet, so hat sie doch in den letzten drei Jahrzehnten bereits grosse Fortschritte gemacht, insbesondere auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege und der medizinischen Ausbildung. Eine ganze Anzahl von chinesischen Aerzten hat sich nicht nur als hervorragende Praktiker

erwiesen, sondern weit darüber hinaus sich in einer Weise ausgezeichnet, die sie zu künftigen Führern der medizinischen Wissenschaft prädestiniert. Aber nicht nur das muss berücksichtigt werden, sondern ebenso die alte tausendjährige Kultur und Tradition dieses Landes und die Bedürfnisse seiner Massen. Die neu niedergelassenen Kollegen — künftige Mitarbeiter dieser Zeitschrift — werden gut daran tun, sich den veränderten Bedingungen anzupassen und die Methoden des Westens mit Ueberlegung und Zurückhaltung anzuwenden.

Es ist schön und ermutigend, dass eine Reihe von Aerzten trotz aller Widernisse die Ausdauer und den Idealismus aufgebracht hat, sich in dieser grossen kosmopolitischen Stadt dem Dienst der Allgemeinheit zu widmen, mit dem Ziele, ein Beispiel für die hohe Tradition westlicher Medizin zu geben. Tradition scheint mir stets einer der Grundpfeiler aufrechter Gesinnung und aufrechter Taten, und glücklicher Weise hat sich die Medizin im grossen und ganzen dem ungeheuren Einfluss unseres Zeitalters der "Schlagworte" entzogen. Möge auch in Zukunft die Heilkunde zum Wohle und zum Fortschritt der gesamten Menschheit Dienerin des allgemeinen Wohles bleiben, und damit Schildträger jener internationalen Verständigung von Mensch zu Mensch werden, die unseren Tagen so bitter fehlt.

In diesem Sinne wird die vorliegende Zeitschrift nicht nur zum Fortschritt der medizinischen Wissenschaft beitragen, sondern auch ein Wahrzeichen für das Wesen wahrer Humanität sein. "Habeant sua fata libelli......" Was immer das Schicksal dieser Zeitschrift sein mag, sie wird sicherlich ein Gedenkstein bleiben für die Bestrebungen einer Gruppe von Aerzten, deren Leben durch eine Tragödie ging, aber deren Geist ungebrochen blieb.

Shanghai, am 1. Oktober 1940.

C. A. E. J. R.
MEDICAL BOARD
F. Reiss.

Der neuen Zeitschrift zum Geleite.

Von Dr. DOROTHEA VON TOMS, M.D.,
Secretary of the Medical Department, Secretary of the C.A.E.J.R. - Medical Board, Shanghai.

Eine neue Zeitung, eine wissenschaftliche Zeitschrift, nimmt ihren Weg. Vorgezeichnete Bahnen sind einzuhalten, und doch ist lebendigste Arbeit geboten.

Von Aerzten für Aerzte geschrieben, vom Praktiker und Spezialisten mitgeteilt, für die Praxis der Kollegen bestimmt, den leidenden Menschen zum Wohle.

Das Medical-Department nimmt ebensolch' regen Anteil an der Entwicklung dieser Zeitschrift wie der Medical-Board. Beide Abteilungen stehen in engster Verbindung mit den Emigranten, haben das regste Interesse zu helfen.

Bei den zur Verfügung stehenden Mitteln ist selbstverständlich das Ausmass der möglichen Hilfeleistungen für den Einzelnen schon von vornherein einer gewissen Beschränkung unterworfen. Wie begrüssenswert erscheint da die Mitarbeit aller Fachleute an dem grossen Werke. Alle Mitarbeiter dieser neuen Fachzeitschrift sind eigentlich Mitarbeiter unseres Wohlfahrtswerkes, da sie ja ihre Kenntnisse, ihre Erfahrungen in den Dienst der Oeffentlichkeit und damit auch in den Dienst der Kommitteehilfe stellen.

Die Mitarbeiter, welche von der Schriftleitung zu Beiträgen gewonnen wurden, bürgen für hohes Können. Ihre Erfahrung wird so manchen Kollegen wichtige Anregung geben und wird helfen, Kenntnisse zu vertiefen. Durch das Erscheinen dieser Zeitschrift wird einem dringenden Wunsche der Kollegen Folge geleistet. Die besten Wünsche der Schriftleitung zum Gelingen des grossen Werkes!

Shanghai, am 22. Oktober 1940.

Diagnostische, therapeutische und prognostische Erfahrungen bei der Dysenterie - Behandlung.

Fortbildungsvortrag, gehalten von *Dr. Bela SZIGETI*, leitendem Arzt des Isolation - Hospitals Chaoufoong-Road, Shanghai, im Verein der Heim- und Spitalaerzte am 26. September 1940.

Dysenterie (D.) oder Ruhr ist ein Sammelbegriff für Dickdarminfektionen mit Geschwürsbildung; er umfasst gleiche oder ähnliche Krankheitsbilder, die von verschiedenen Erregern herstammen, und zwar Bazillen als Erreger der überall vorkommenden Bazillenruhr, und Amoeben als Träger der endemischen oder Tropenruhr. Nicht selten sind Mischinfektionen mit Amoeben *und* Bazillen. Unter den *Bazillen* sind zu nennen: Bac. Shiga-Kruse, seit 1898 bekannt, ein kurzes, Coli-artiges Stäbchen ohne Eigenbewegung, Gram-negativ, auf Drigalski-Agar wachsend, mit Immun-Serum agglutinierbar, in alkalischem Stuhl gedeihend, feucht lange haltbar, vermutlich verantwortlich für die schweren, chronischen und rezidivierenden Formen; ferner die verschiedenen unter dem Namen der Pseudodysenteriebazillen bekannten Stämme wie Flexner, Y, Strong, Schmitz, die sich gegen Zuckerarten verschieden verhalten. Es steht fest, dass nicht immer die Shigafälle toxisch, die anderen leicht verlaufen.

Unter den *Amoeben*, die zu den Protozoen gehören, sind besonders wichtig: Entamoeba histolytica Schaudinn (Asien), E. tetragena (Afrika, Amerika), E. nipponica (Japan); ferner als ziemlich harmloser Darmparasit Entamoeba coli (Loesch), die bei vielen Gesunden gefunden wird, dann als Mundhöhlenparasit E. buccalis. Die hier in Shanghai besonders verbreitete E. histolytica hat drei Entwicklungsstadien:

1). die vegetative Form, 20 bis 30 Mikren im Durchmesser, mit grossem Kern, im Plasma nebst Nahrungsteilchen oft Erythrocyten als Einschlüsse; sie bewegt sich mittels Pseudopodien, dringt ins Gewebe ein und löst es durch Fermente auf,

2). die Minutaform, nach dem Rückgang der entzündlichen Erscheinungen frei im Darmlumen lebend, 9 bis 20 Mikren gross, ebenfalls lebhaft beweglich,

3). die Cyste, die Ruhe-oder Dauerform, 8 bis 15 Mikren gross, unbeweglich, mit Cystenmembran, 4 Kernen; sie hält sich in der Erde, im Wasser, im Fliegendarm wochenlang und führt zu Neuinfektionen, indem aus ihr im Darm die jungen, vegetativen Formen freiwerden. Der Mensch kann jahrelang Cysten tragen, dadurch die D. verbreiten und dabei selbst gesund sein. Eine Kultur von Amoeben wurde versucht, ist aber nicht eindeutig gelungen.

Die Untersuchung auf Amoeben erfolgt entweder nativ mit phys. Kochsalzlösung oder Lugolzusatz, wobei die Kerne und Glykogenvakuolen des Plasmasd eutlich hertreten, oder in fixierten Präparaten mit der Haematoxylinfärbung nach Heidenhain.

Die E. coli zeigt geringere Beweglichkeit, nie rote Blutzellen im Protoplasma, das homogener als bei der E. histolytica aussieht; die Cyste der E. coli hat 8 oder mehr Kerne.*

Die Uebertragung der Bazillen und Amoeben erfolgt durch direkten Kontakt (Ausscheider von Bazillen, resp. Cysten), ferner durch Nahrungsmittel, und zwar mittels Fliegen und Ameisen, weniger durch Wasser. Dysenteriewellen gehen oft parallel der Vermehrung der Fliegen, was mit Rücksicht auf die Fliegenplage in Shanghai sehr wichtig ist. Begünstigend für die Infektion scheinen Abkühlungen zu wirken, z.B. durch kalte Getränke, mangelnden Schutz in kühlen Nächten. Wichtig sind gute Klosettanlagen und richtige Kanalisation (Hinweis auf das "Kübelsystem" in vielen Teilen Hongkews).

Die Inkubationsdauer beträgt für Bazillen-D. 2 bis 7 Tage, für Amoeben-D. 7 Tage bis 6 Wochen und darüber.

* Zur Vorfuehrung der verschiedenen Amoebenformen diente im Vortrag eine von Dr. A. Eberstark ausgefuehrte Tafel mit stark vergroesserten mikroskopischen Bildern.

Von den beobachteten Kranken des Hospitals war der jüngste 5 Monate, der älteste 84 Jahre alt.

Die ERSCHEINUNGEN der D. sind in beiden Hauptgruppen ziemlich gleich: nach anfänglichen Zeichen von Magen-Darmkatarrh kommt es unter starkem Tenesmus zu schleimig-blutigen Entleerungen, deren Zahl von 6 bis 10 in 24 Stunden auf 80 bis 100 steigen kann; besonders reichliche Stuhlzahl bei baz. D., aber kein sicheres Unterscheidungsmerkmal; grössere Blutbeimengungen zu oft glasigem Schleim (himbeergeleeartig!) finden sich öfters bei Am.-D. Im allgemeinen mehr stürmischer Beginn der baz., mehr schleichender Beginn der Am.-D., aber auch bei dieser wird nicht zu selten ein schwer-akuter Anfang beobachtet. Der *Verlauf* beider Formen zeigt im allgemeinen zunächst ein katarrhalisches, dann ein haemorrhagisch-ulzeröses, zuletzt ein enteritisch suppuratives Stadium, in dem Blutung und Tenesmen nachlassen. Die Lokalisierung ist gewöhnlich im Sigmoid, aber auch aufsteigend bis ins Coecum und untere Ileum, wobei es zu diphtherisch-nekrotischen Zerstörungen durch bis in die Submucosa, ja bis in die Serosa reichende Ulcera kommt; dabei sind die bioptischen Befunde zu erwähnen, die im Vorjahre gelegentlich von zwei Operationen im Shanghai General Hospital erhoben wurden und schwerste, ausgedehnte Nekrosen ganzer Dickdarmpartien ergaben.

Von *Schmerzen* sind neben den beschriebenen Tenesmen diffuse Bauchschmerzen zu erwähnen, die häufig links angegeben werden, wo das spastisch kontrahierte Sigmoid zu tasten ist; manchmal findet sich Druckschmerz am McBurneyschen Punkte (perityphlitischer Prozess?).

Die *Zunge* zeigt alle Arten des Belages von weissgrau bis schwarzbraun, wobei die Shiga-D.-Zunge oft besonders hässlich ist; manchmal findet man eine auffallend rote Zunge vom Beginn, die bei fataler Wendung nur trocken wird, ohne ihre Farbe zu ändern. Häufig besteht starker foetor ex ore, manchmal auch bei guter Pflege foetor corporis totius.

Die *Temperatur* ist anfangs sub-bis hochfebril, meist erfolgt schnelle Entfieberung doch gibt es Fälle, die nach neuerlichem Anstieg Wochen hindurch subfebril bleiben.

Der *Puls* entspricht im allgemeinen der Temperatur; Anstieg der Pulsfrequenz bei normal gewordener Temperatur ist kritisch.

Die *Milz* zeigt keine charakteristischen Befunde.

Durch starke Blutverluste kann es zur Anaemie und Kachexie, durch Wasserver lust zur Exsikkation mit extremer Magerkeit, hohlen Augen, eingesunkenem Abdomen und Wadenschmerzen kommen.

Als Beleiterscheinungen werden toxische *Nephrosen* mit Zylindrurie, ferner *Neuritiden* (Ischiadicus, Trigeminus, Occipitalis), ferner Coniunctivitis, Iritis, endlich Arthritiden, besonders Gonitis beobachtet.

Herz und *Kreislauf* sind in schwereren Fällen toxisch geschädigt (Tachycardie, Cyanose, Hypotonie). Die Leukocytenzahl ist meist vermehrt, die Blutkörperchensenkung beschleunigt.

Psychisch besteht meist üble Laune, Aengstlichkeit, Reizbarkeit, manchmal Unruhe bis zu Delirien, bei schwerem Verlaufe oft Euphorie.

Es gibt sicher sehr leichte, ambulante Erkrankungen ohne Beschwerden, aber mit zufällig erhobenem positiven Befunde, hingegen auch schwere haemorrhagische Enterocolitiden ohne nachweisbare Amoeben oder Bazillen; in solchen Fällen entscheidet, auch für die Therapie, nur das klinische Bild!

In beiden Gruppen kann sich *chronische D.* entwickeln, gekennzeichnet durch andauernd oder periodisch auftretende schleimig-eitrige Stühle, zunehmende Anaemie, gelegentlich Oedeme; diese Fälle, denen anatomisch eine Vielzahl von Ulcera verschiedener Stadien im Dickdarm entspricht, zeigen eine beträchtliche *Mortalitaet*. Als Folge chronischer Darmveränderungen durch D. mit Resorptionsstörungen kann die hier nicht seltene *Sprue* ausgelöst oder begünstigt werden.

(*Fortsetzung folgt.*)

Ueber Pruritus.

Auszug aus einem aerztlichen Fortbildungs-Vortrag, gehalten von Prof. Dr. Frederick Reiss am 14. III. 1940. im Verein der Ambulanz- und Spitalaerzte, Shanghai.

PHYSIOLOGISCHES.

Jucken, das durch pruriginösen Stimulus hervorgerufen wird, kann als normale Funktion der Haut angesehen werden, bezw. als eine an der Grenze vom Normalen zum Kranken stehende Funktion bei fliessenden Uebergängen.

Pruritus stellt im Gegensatz zu Prurigo nur ein Symptom dar, ohne Eruption von Effloreszenzen, d.h. die Haut zeigt zumindest makroskopisch bei Pruritus keine sichtbaren Veränderungen. Der Juckreiz gehört in das Gebiet der Neuro-Psychologie bezw. -Physiologie. Er entsteht durch Reizung peripherer Hautnerven infolge leichter Schmerzempfindungen. Bei vollständiger Hautanästhesie, zum Beispiel bei anästhetischen Lepra-Kranken, kommt Juckreiz nicht vor und kann auch durch Histamin experimentell nicht hervorgerufen werden. Nach neuesten Forschungen sind an der Entstehung des experimentellen Pruritus auch gewisse Entzündungsprodukte der Blutzirkulation beteiligt, die im Zusammenwirken mit einem Nerven-Stimulus die Sensation des Juckreizes hervorrufen. Der Nervus Sympathicus steht anscheinend in keiner Beziehung zum Pruritus. Im Tier-Experiment allerdings kann durch das den Sympathicus lähmende Ergotamin und Yohimbin Juckreiz kupiert werden, wodurch der Anschein erweckt wird, dass doch gewisse Beziehungen zwischen N. Spmpathicus und Juckreiz bestehen.

URSACHEN DES PRURITUS.

Pruritus kann sowohl durch externe, als auch durch interne Ursachen entstehen.

extern: Unterwäsche, besonders Wolle, vor allem bei solchen Individuen, deren Reizschwelle für Pruritus unterempfindlich ist. Man sieht dies häufig bei Kindern.

Bade-Pruritus, den man häufig in Shanghai beobachtet. Er entsteht möglicherweise durch übermässig hartes Wasser, infolge vermehrten Chlor-Gehaltes, und kann durch Karbolseifen z.B. noch verstärkt werden.

Der *sommerliche Pruritus* tritt wohl in erster Linie infolge Hitze und vermehrter Schweiss-Sekretion auf. Es gibt aber auch einen winterlichen Juckreiz, Pruritus hiemalis. Hierher gehört der Juckreiz, den viele Menschen beim Auskleiden oder beim Zubettgehen empfinden. Er entsteht möglicherweise durch eine vorübergehend auftretende Hyperämie nach Lösung schnürender Kleidungsstücke, ist aber oft psychogen bedingt.

intern: Hierher gehören der Pruritus bei Diabetes, Nephritis im prae-urämischen Stadium, sowie der Juckreiz, der im Vorstadium gewisser Hauterkrankungen, wie Lepra, Lichen ruber planus, Myccosis fungoides, Dermatitis herpetiformis auftritt.

Weiter gehört hierher der Juckreiz bei Leber-Erkrankungen mit erhöhtem Blutbilirubin, bei Malaria, Darmparasiten, Gastritis, Colitis.

Bösartige Geschwülste, besonders Karzinome im Abdomen, und Herzfehler haben häufig gleichfalls Pruritus im Gefolge. Ebenso Herdinfektionen in den Zähnen und Tonsillen.

Pruritus als Symptom einer inneren Erkrankung findet sich weiter bei endocrinen Störungen wie Thyreotoxikosen.

Auch bei organischen Nervenerkrankungen, besonders bei Tabes und progressiver Paralyse, kommt Juckreiz, hier auch als "segmentales Jucken" vor.

Die häufigste innere Ursache des Pruritus dürfte die Gicht sein.

Jadassohn spricht von einem Pruritus evolutionis, zu dem auch der Pruritus während der Menstruation und der Gravidität gehört. Jadassohn zählt auch den Pruritus senilis dazu, der anscheinend auf einer arteriosclerotischen Neuritis beruht, und auf Vitamin-B, Padutin, Ovarial-Präparate gut anspricht.

Symptomatischer Pruritus findet sich auch bei anaphylactischen Zuständen und bei Intoleranz gegenüber gewissen Drogen wie Kaffee, Tabak, in China bei Mango-Essern, ferner gegenüber Wein, Opium, Cocain.

Ein besonderes Kapitel bildet der psycho-neurogene Pruritus. Man spricht von einem solchen, wenn bei geistig unausgeglichenen Patienten infolge unterdrückter Angst Juckreiz in normaler Haut auftritt. Es gibt auch eine Art cutaner Masturbation, bei der das Juckgefühl als symbolisches sexuelles Aequivalent auftritt.

BEHANDLUNG DES PRURITUS.

Sie hängt vor allem von der Ursache ab. Am besten erweist sich die Kombination einer allgemein symptomatischen mit einer lokalen Behandlung.

Für Lokalbehandlung kommen Röntgenstrahlen in Betracht. Höhensonne ist weniger wirksam und darf nur bis zur Suberythemdosis verabfolgt werden. Zur Hydrotherapie können Kamillen oder Schwefelbäder verwendet werden.

Für die interne Behandlung kommen in erster Linie Mittel zur Beeinflussung des zentralen Nervensystems in Betracht. Gut erweisen sich Salicyl-Präparate mit geringem Luminal-Zusatz. Morphium und Chloralhydrat sind contraindiziert, ebenso Brom, da es cortical angreift und meist wirkungslos bleibt.

Zur Injektionsbehandlung eignen sich: Calcium-bromatum oder Strontium-bromatum intravenös; Desensibilisierung durch Injektionen von 0,5 mg Histamin. Die Wirkung von Atropin und Ergotamin ist unsicher. Das subaquale Darmbad ist bei Fällen, die mit Darmgärungen einhergehen, angezeigt.

PRURITUS ANI ET VULVAE.

Beim Pruritus ani sind nicht immer Haemorrhoiden die Ursache. In China wird diese Pruritus-Form besonders häufig als mycotische Erkrankung angetroffen. Andere Ursachen des Pruritus ani sind Prostatitis, Cowperitis, Würmer, zuweilen aber auch Toilettenpapier oder reibende oder fest ansitzende Unterwäsche. Der Pruritus vulvae findet sich am häufigsten als Begleiterscheinung ovarieller Störungen und bei Vaginitis. Amerikanische Forscher sehen im Pruritus vulvae eine Vitamin A-Mangelerkrankung in Kombination mit Achlorhydrie. Zur Behandlung des Pruritus vulvae eignet sich am besten Röntgen-Therapie, gemeinsam mit hohen Folliculindosen; nur in verzweifelten Fällen kommt die Durchtrennung des Nervus pudendus in Frage.

EINIGE BEHANDLUNGSWINKE UND WIRKSAME REZEPTE.

Zur Vorbeugung gegen die unangenehmen Folgen von Moskitostichen: Desensibilisierung durch Injektionen von 0,5 mg Histamin.

Prophylaxe und Therapie von Mückenstichen: Besonders wirksam erscheint die überall erhältliche Lotio Calamini mit Zusatz von 1 % Phenol und 1 % Menthol.

Wirksam ist auch Liquor carbon. detergens 1 bis höchstens 5 %.

Therapie der Hongkong-Fuss-Erkrankung: Sehr wirksam ist die Castellani'sche Tinktur, die wie folgt verschrieben wird:

Resorcin	10,0
Aceton	5,0
Acid. boric.	1,0
Satur. Karbolfuchsin-Lösung	ad 100,0 *

* Herstellungsart: 1.) Borsaeure mit dem Karbolfuchsin filtrieren, zwei Stunden warten, dann nach diesen zwei Stunden Hinzufuegung des Acetons, schliesslich nach weiteren zwei Stunden Hinzugabe des Resorcins.

Auch gegen interdigitale Mycosen erweist sich diese Tinktur als wirksam.

Therapie das Anal-Ekzems, hervorgerufen durch Streptococcen und Coli-Bazillen:

Vioform	5,0
Liqu. carbonis detergens	10,0
Menthol	1,0
Oleum Jecoris Aselli	10,0
Pasta Zinci oxyd	ad 100,0

E.G.

Die extrauterine Gravidität.

Von Dr. B. Zelnik.

Nach einem im Verein der Heim-und Spitalsaerzte Shanghai gehaltenen Fortbildungsvortrag.

Seitdem in den Achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts zum ersten Male eine Tubengravidität operiert wurde, begann das Interesse für diese Anomalie zu wachsen, und es entstand eine sehr umfangreiche Literatur, die sich mit allen Fragen der Aetiologie, Pathologie und Klinik beschäftigte. Es dauerte Jahrzehnte, bis die Probleme durch den Ausbau der wissenschaftlichen Erkenntnis und Sammlung praktisch-klinischer Erfahrung zum grössten Teile ihre Lösung fanden. Ich will es unterlassen, Sie mit Literaturangaben zu belasten, wie ich überhaupt das rein Theoretische nur soweit zu berücksichtigen gedenke, als es zum Verständnis der Klinik notwendig ist

Unter extrauteriner Gravidität versteht man, wie schon der Name sagt, die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Umfassender ist die Bezeichnung ektopische Gravidität, weil sie die im isthmischen Teile der Tube vorkommende Form miteinschliesst.

Die extrauterine Gravidität ist keine allzu seltene Anomalie. Sie soll nach Schätzungen und Berechnungen einmal auf 300 Schwangerschaften vorkommen; doch halte ich diese Zahlenangabe für nicht verlässlich, da aus naheliegenden Gründen die Zahl der nicht zur Geburt führenden Schwangerschaften nicht genau festzustellen ist. Sie können sich ein ungefähres Bild von der Häufigkeit machen, wenn ich Ihnen sage, dass ich während meiner 7jährigen Assistentenzeit an einer gynaekologischen Abteilung nahezu 250 Fälle, das heisst fast jeden 10. Tag einen Fall zu sehen Gelegenheit hatte.

Allmonatlich wird aus einem reifen Graafschen Follikel ein Ei ausgestossen, das entweder nach Befruchtung zur Schwangerschaft führt, oder unbefruchtet zu Grunde geht, was den Eintritt der nächstfälligen Menstruation zur Folge hat. Das Ausbleiben der Regelblutung ist das erste Zeichen der eingetretenen Schwangerschaft, während deren Wiedereintritt das Zugrundegehen des Eies bedeutet Ein Autor benennt sehr treffend die Menstruation den Abortus des unbefruchteten Eies.

Die Befruchtung erfolgt in der Nähe des Eierstockes, und das befruchtete Ei nimmt nachher den Weg durch das Tubenostium in die Tube und durch diese in den Uterus. Die Dauer der Eiwanderung wird auf 7-10 Tage geschätzt. Während am und im Uterus die ersten Schwangerschaftsveränderungen, so vor allem die Grössenzunahme, Auflockerung des Uterus und die deciduale Umwandlung seiner Schleimhaut beginnt, gehen am Ei die ersten Teilungsvorgänge vor sich, bis das Stadium erreicht ist, das es einbettungsfähig macht. Dieses wird als Stadium der Nidationsreife bezeichnet. Diejenige Stelle des vom Ei zurückzulegenden Weges, an dem es die Nidationsreife erreicht, wird zu dessen Einbettungsstelle.

Eine extrauterine Nidation kann dadurch verursacht werden, dass

I. das befruchtete Ei seine Nidationsreife in einer kürzeren als der normalen Zeit, das ist vor 7-10 Tagen, erreicht, also ehe es imstande war, den Weg bis in den Uterus zurückzulegen;

II. das befruchtete Ei auf seiner Wanderung behindert wird und das Cavum uteri im Zeitpunkte der Nidationsreife nicht erreicht haben kann, oder einen längeren Weg zurücklegt, so dass es vor Erreichung des Uterus nidationsreif wird.

ad I: Für die verfrühte Erreichung der Einbettungsreife werden hormonale Vorgänge, wahrscheinlich vom Corpus luteum graviditatis ausgehende Impulse, verantwortlich gemacht. Eine genaue Erforschung dieser chemisch-inkretorischen Vorgänge ist bis heute nicht gelungen.

ad II: Die Behinderung des Eies auf seiner Wanderung ist hauptsächlich durch mechanisch wirkende Ursachen zu erklären. Zu diesen sind alle angeborenen und erworbenen Veränderungen zu zählen, die imstande sind, die Wanderung zu verlangsamen oder ganz aufzuhalten. Von den *angeborenen* sind vor allem die Hypoplasie mit der Persistenz der foetalen Schlängelung der Tuben, Divertikelbildungen, blind endende Nebentuben und Nebenostien zu nennen, während unter den *erworbenen*, die durch mildere entzündliche Prozesse hervorgerufenen Veränderungen, wie Verwachsungen, Abknickungen, teilweise Obliterierung oder auch nur Stenosierung des Lumens der Tube, ausserdem die durch eine gewisse Starrheit des Tubenrohres verursachte Verminderung der Peristaltikfähigkeit zu erwähnen sind.

Die hauptsächlichsten *Ursachen* für diese Veränderungen sind die Gonorrhoe und der fieberhafte Abortus. Da diese beiden Erkrankungen auf dem Lande seltener anzutreffen sind als in der Stadt, ist auch die von vielen Seiten festgestellte geringere Häufigkeit der extrauterinen Gravidität auf dem Lande erklärlich.

Eine Verlängerung des vom Ei zurückgelegten Weges ist möglich. Sie ist in ihren Ursachen wohl nicht erforscht, doch ist deren tatsächliches Vorkommen erhärtet. Es ist dies die sogenannte äussere Ueberwanderung. Wir verstehen darunter den Vorgang, dass das dem einen Ovar entsprungene Ei den Weg durch die Bauchhöhle zur Tube der anderen Seite nimmt, um durch diese in den Uterus zu gelangen. Diese Wanderung bedeutet selbstverständlich eine beträchtliche Verlängerung des Weges. Die Feststellung des Corpus luteum graviditatis in der der Tubargravidität entgegengesetzten Seite oder eine Schwangerschaft bei operativ entferntem Ovar der einen und der Tube der andern Seite sind Beweise für das tatsächliche Vorkommen der Ueberwanderung. Wie an grossem Operationsmaterial festgestellt wurde, ist das Vorkommen der äusseren Ueberwanderung keineswegs selten.

Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, dass ebenso wie eine Behinderung oder Verlangsamung der Wanderung auch deren Beschleunigung in Erscheinung treten kann. Ohne hier darauf näher eingehen zu wollen, möchte ich nur darauf hinweisen, dass die Einbettung im untersten Abschnitt des Uterus, also der tiefe Sitz der Placenta, die Placenta praevia auf diese Weise zu erklären ist. Extrauterine Gravidität und Placenta praevia sind die beiden Gegenpole der pathologischen Nidation.

Das befruchtete Ei kann sich auf seinem Wege vom Ovar bis zum Cavum uteri nach der Erlangung der Nidationsreife an jeder Stelle einnisten. Wir können von ovarieller, ampullärer, isthmischer und interstitieller Gravidität sprechen. Diese Unterscheidung ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern auch von grosser praktischer Bedeutung, denn das Ei findet an jedem dieser Abschnitte andere Verhältnisse bezüglich des mütterlichen Gewebes vor, was für das Schicksal sowohl des Eies, als auch der Frau von grosser Bedeutung ist.

Das Vorkommen der primären *ovariellen* Gravidität ist lange Zeit bestritten worden, beziehungsweise haben die in früherer Zeit verhältnismässig zahlreich veröffentlichten Fälle einer Kritik nicht standhalten können. Doch sind später auch nach Aufstellung strenger Kriterien primäre Ovarialgraviditäten einwandfrei nachgewiesen worden. Jedenfalls sind sie so selten, dass heute noch jeder neue Fall publiziert wird. Es ist auffallend, dass eine relativ grosse Zahl bis zum normalen Ende gedeihen kann. Trotz des vollständigen Fehlens von Decidua im Ovar scheint dieses wesentlich widerstandsfähiger zu sein, als die Tube. Das gewöhnliche Schicksal der Ovarialschwangerschaft ist jedoch die Ruptur, wie sie später bei der tubaren Implantation näher besprochen werden soll.

Manchmal kommt es auch durch Hineinbluten aus den arodierten mütterlichen Gefässen ins Ei zum Absterben, zur Degeneration und Resorption der Frucht und zur Ausbildung von Tumoren, deren Kapsel aus Ovarialgewebe und deren Inhalt aus geronnenem und flüssigem Blute besteht. Sie sind als Ovarialhaematome bekannt, dürfen jedoch nur dann als Produkte einer Schwangerschaft angesprochen werden, wenn in ihnen foetale Elemente, vor allem Chorion, histologisch nachgewiesen werden können.

Die häufigste Form der extrauterinen Gravidität ist die *tubare*. Das Ei kann sich, wie bereits gesagt, im ampullären, isthmischen oder interstitiellen Teile der Tube einnisten. Die Häufigkeit nimmt mit der Nähe des Uterus ab, so dass die meist gefundene die ampulläre, die seltenste die interstitielle ist.

Das Ei dringt nach der Nidation vermöge der einem malignen Tumor vergleichbaren invasiven Fähigkeit der Zellen des Throphoblast in die Tiefe ein. Die jungen ektodermalen Zellen zerstören das sie umgebende mütterliche Gewebe, besonders die Muskelfasern, und brechen in die Gefässe ein. Ueber dem Ei, gegen das Lumen zu, bildet sich eine Decke, entsprechend der Decidua reflexa im Uterus, die hauptsächlich aus fibrinös entarteten Zellen des mütterlichen Gewebes besteht. Es entsteht die sogenannte Fruchtkapsel. Die Frage, ob die Schleimhaut der Tube imstande ist, sich im Sinne einer decidualen Umwandlung zu verändern, ist lange strittig gewesen. Doch ist Decidua in der Tube mit Sicherheit nachgewiesen worden, wenn auch ihre Entwicklung nicht so mächtig wie im Uterus und ihr Auftreten ein nur inselförmiges ist.

Die weitere Entwicklung hängt wesentlich vom Orte der Implantation ab. Im ampullären Teil hat das Ei wegen des weiteren Lumens des Eileiters eine grössere centripetale Expansionsmöglichkeit, während im isthmischen Teil die Enge der Lichtung es eher zu excentrischem Wachstum zwingt. Die Tube kann sich bis zu einem gewissen Grade den an sie gestellten Anforderungen durch Hypertrophie ihrer Muskelfasern und Verstärkung der Gefässe anpassen; doch ist diese Fähigkeit nur eine sehr begrenzte und reicht keineswegs an die des Uterus heran.

Nach dem geschilderten hemmungslosen invasiven Wachstum des Eies und der Unfähigkeit der Tube, den an sie gestellten Anforderungen nachzukommen, ist es klar, dass es früher oder später entweder zu einem Durchbruch in das Lumen, dem tubaren Abortus, oder zu einer Durchwanderung der Tubenwand, der Tubarruptur, kommen muss. Die neuere Terminologie für diese Vorgänge ist "innerer und äusserer Fruchtkapselaufbruch".

Beim *Tubarabort* gelangt das Ei in das Tubenlumen. Der Foetus stirbt ab oder ist schon früher durch den Einbruch von Blut aus den aufgerissenen mütterlichen Gefässen zum Absterben gebracht worden, was zur Bildung einer Blut-oder Fleischmole, ähnlich wie im Uterus, führt. Von der Tube wird dieses Gebilde als Fremdkörper empfunden, und wehenartige Kontraktionen sind bemüht, es durch das Ostium auszustossen. Dies kann der Tube ganz oder nur unvollständig gelingen: kompletter oder inkompletter Tubarabort. Beide Formen gehen mit einer Blutung von wechselnder Intensität in die freie Bauchhöhle einher.

Die *Tubarruptur* ist meist der Ausgang der isthmischen und interstitiellen Gravidität. Sie erfolgt im isthmischen Teil der Tube meist schon in einem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft, während bei der interstitiellen Gravidität das die Tube umgebende Uterusgewebe wesentlich später, oft erst im vierten Monat, durchwandert wird.

Die Fälle von primärer abdomineller Schwangerschaft, die früher gar nicht so selten beschrieben wurden, haben sich alle als Sekundärformen erwiesen. Wenn auch die Möglichkeit der Einnistung des Eies in der freien Bauchhöhle, z.B. gelegentlich der äusseren Ueberwanderung, anzunehmen ist, so ist doch bis jetzt kein einwandfrei nachgewiesener Fall veröffentlicht worden. Stösst die Tube ein noch lebendes Ei ganz oder zum grössten Teile aus, so behält manchmal die Placenta die Fähigkeit, sich in der Bauchhöhle an der Serosa des Beckens oder des Darmes festzusetzen. Die Gravidität kann dann fortschreiten und sich zu einer Abdominalschwangerschaft ausbilden: Sekundäre Abdominalgravidität.

Das befruchtete Ei, das sich ausserhalb des Uterus einbettet, bereitet sich, wie wir gesehen haben, selbst sein Ende. Fälle von Gedeihen einer extrauterinen Gravidität bis zum normalen Geburtstermin sind sehr selten. Die Foeten sterben nach Erreichung des Schwangerschaftsendes ab und bilden sich meist zu Steinkindern um.

Alle von der normalen Schwangerschaft her bekannten Anomalien kommen auch bei der extrauterinen vor, so Zwillinge in verschiedenen Kombinationen: je ein Foetus in jeder Tube, beide in einer, und gleichzeitige extra- und intrauterine Gravidität. Mütterlicherseits kann es zu Graviditätstoxikosen, so zu unstillbarem Erbrechen oder zu Eklampsie kommen.

Die *Symptome* der ungestörten jungen extrauterinen Gravidität sind nicht charakteristisch. Der Uterus entspricht in seiner Grösse einer Schwangerschaft in der 6.-8.Woche, und die Veränderung an der Tube ist gering. Die subjektiven Beschwerden sind ebenfalls die gleichen wie bei der normalen Schwangerschaft. Erst der Eintritt der früher beschriebenen Störungen der Gravidität oder deren Vorboten deuten darauf hin, dass es sich nicht um eine normale Schwangerschaft handeln kann.

Die Ruptur erfolgt gewöhnlich ohne vorhergegangene Warnung. Da sie gewöhnlich mit einer abundanten Blutung in die freie Bauchhöhle einhergeht, machen die Frauen den Eindruck einer sehr schweren akuten Anämie.

Beim Tubarabort ist das Bild ein wechselndes. Mit seinem Beginn kommt es zu uterinen Blutungen und Abgang von Schleimhautstücken, die sich mikroskopisch als Decidua erweisen. Der Tubarabort erfolgt oft in mehreren Schüben; die Tube entledigt sich durch Kontraktionen ihres Inhaltes, wobei es zu Blutungen in die freie Bauchhöhle, jedoch in wesentlich geringerem Masse, als bei der Tubarruptur kommt. Das Blut sammelt sich zum Teil im Douglas, gerinnt und organisiert sich dort, was zur Bildung der sogenannten Haematocele führt.

(Wird fortgesetzt!)

Die Impotentia generandi

von

Dr. Alfred Walter Kneucker,

Facharzt fuer Urologie und Chirurgie.

I.

Die Frage der Nachkommenschaft ist für den Chinesen eine der ernstesten seines Lebens, und es wird wenige Chinesen geben, die im Falle der Kinderlosigkeit nicht alles daransetzen werden, um für diesen, für sie unerträglichen Zustand Abhilfe zu schaffen. Fand der Arzt heraus, dass an der Kinderlosigkeit der Verbindung der Mann die Schuld trägt, so ist das für den Chinesen ganz besonders schwerwiegend. In der Tat werden besonders europäische Aerzte in der Frage der Zeugungsunfähigkeit immer wieder zu Rate gezogen, sei es, dass es sich um Fachärzte oder Allgemeinpraktiker handelt. Dazu kommt, dass der Fragenkomplex der impotentia generandi (i.g.) ein sehr umfangreicher und schwieriger ist. Es soll die Aufgabe dieser Arbeit sein, für den Allgemeinpraktiker das Thema klar und übersichtlich zu gestalten, so dass er auf kurzem Weg imstande ist, seinen Patienten Rat zu erteilen; die Hilfe wird allerdings in den meisten Fällen dem Facharzt vorbehalten bleiben müssen.

Die Spermatozoen entstehen in gesunden Hoden und gelangen über das rete testis Haleri in den Nebenhoden. Ihre Entstehung dürfte kontinuierlich erfolgen, ihr Abtransport dagegen durch das vas deferens diskontinuierlich. Die Peristaltik des Samengefässes bringt die Spermatozoen während des Orgasmus auf dem kürzesten Wege direkt nach aussen so dass praktisch genommen bei der Begattung immer frisches Sperma zur Verfügung ist. Wird das Ejakulat nicht nach aussen entleert, so gelangen die Spermien in die Samenblasen, wo sie resorbiert werden. Bis vor kurzer Zeit war man der Meinung, dass die Samenblasen receptacula seminis sind, doch ist diese Ansicht jetzt fallen gelassen worden; die Hauptfunktion des genannten Organes dürfte die Resorption der Spermatozoen sein. Die Spermien nehmen also, wenn sie nicht resorbiert werden, ihren Weg durch den Samenstrang in die ductus ejaculatorii, die die Prostata durchqueren und am colliculus seminalis in die hintere Harnröhre münden.

Bekanntlich wird der Teil der Harnroehre der hintere genannt, der zwischen dem sphincter internus und externus vesicae liegt.

Durch den inneren Blasenschliessmuskel ist das Sperma vor dem Blasenharn und einer Mischung mit diesem geschützt. Andererseits muss während des Orgasmus die Kraft der Ejakulationsmuskeln mm. bulbo-und ischiocavernosi so gross sein, dass sie den Tonus des sphincter vesicae externus überwinden, so dass das Ejakulat nach aussen gelangt. Ist dies nicht der Fall, so kommt es zu wichtigen Störungen, von denen noch zu sprechen sein wird. Dem Hodensekret, id est den Spermien, fügt sich vielleicht ein Nebenhodensekret und ein solches des vas deferens bei, sicher aber das Sekret der Samenblasen und der Prostata, sowie der glandulae bulbourethralis Cowperi und der Urethraldrüsen. Die wichtigste Rolle spielt dabei das Prostatasekret. Ist dieses in ungenügender Menge vorhanden oder qualitativ verändert, so entstehen ebenfalls schwere Abweichungen vom Normalen.

Das Ejakulat besteht somit aus den Sekreten der verschiedenen Drüsen und den Samenfäden. Im normalen Sperma finden sich nur wenige Kristalle, die sog. Spermakristalle. Treten sie in übergrosser Zahl auf, so ist das Sperma pathologisch und im Sinne der Fruchtbarkeit als minderwertig anzusehen. Desgleichen finden sich in

normalen Ejakulaten nur vereinzelte Erythro- und Leukozyten. Befinden sich im Ejakulat reichlich rote oder weisse Blutkörperchen, so spricht man von Hämo-, resp. Pyospermie. Dieser pathologische Zustand ist wegen der Grundkrankheit möglichst rasch einer exakten Diagnose zuzuführen. Ist doch die Hämospermie z.B. garnicht selten das einzige Frühsymptom eines malignen Neoplasmas der Prostata oder der Samenblasen. Davon abgesehen sind derlei Ejakulate, besonders aber solche, denen Eiter beigemischt ist, gewöhnlich nicht befruchtungsfähig; doch soll der Arzt dem Patienten gegenüber niemals bindende Erklärungen über Zeugungsfähigkeit oder -unfähigkeit machen, da auch stark eitrige Ejakulate in seltenen Fällen zur Kindeszeugung führen.

Jeder Allgemeinpraktiker, der ein Mikroskop besitzt, ist imstande, Ejakulate zu untersuchen. Die frisch gewonnene Samenflüssigkeit (zur Untersuchung soll sie niemals älter als eine halbe Stunde sein) kann in einfacher Weise nativ untersucht werden. Ein Tropfen des Sekrets wird auf einen Objektträger gebracht, ein Deckglas darübergelegt und bei zugezogener Blende unter Immersion untersucht. Das Bild des normalen Ejakulats, nämlich der zahllosen schnell beweglichen Samenfäden, ist so charakteristisch, dass es nicht näher geschildert zu werden braucht. Die An- oder Abwesenheit von Samenfäden und ihre Beweglichkeit ist somit spielend leicht und in kürzester Zeit festzustellen. Einzelheiten der Samenfäden, die in fraglichen Fällen für die Beurteilung des Ejakulats äusserst wichtig sind, können allerdings erst nach Fixierung des Präparats und Färbung mit Hämatoxilin-Eosin zur Darstellung gebracht werden.

Es ist bekannt, dass es eine Reihe pathologischer Bilder des männlichen Geschlechtsapparates sowie der Nachbarorgane des Unterbauches gibt, die die Entleerung des Samens erschweren oder verhindern können (Blum). So kann eine Hypo- oder Epispadie bewirken, dass der Samen nicht in, sondern vor der Vagina entleert wird; eine hernia permagna, die den Penis mit einbezieht, ist imstande, die Erektion und damit Beischlaf und Kindeszeugung zu verhindern; ein hypoplastisches Genitale *, das sich häufig mit Fettleibigkeit verbindet, kann die immissio penis unmöglich machen, und ähnliches. Diese Erschwerungen der Ejakulation sind häufig mit einer impotentia coeundi verbunden, weshalb sie hier nur erwähnt und nicht näher erörtert werden sollen. Trotzdem können diese Krankheitsbilder bei vollständig intakter potentia generandi bewirken, dass der Mann zeugungsunfähig im praktischen Sinne ist. Bestehen derartige Behinderungen, so kann die Frau noch immer mit dem Samen des Mannes künstlich befruchtet werden, was schliesslich ein nicht zu unterschätzender Ausweg ist.

* Obwohl nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehörend, sei darauf hingewiesen, dass es chirurgische Korrekturen der genannten Hypoplasie gibt (Kneucker).

(Fortsetzung folgt.)

Referaten - Teil.

Innere Medizin.

1. Welche Blutproben sind bei Lungentuberculose von Wert?

Nach *N. J. S. Nathan* (W. Riding County Council, York:)

1. die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG.)

2. das Lymphozyten/Monozyten-Verhältnis (Medlar). Ueberwiegen der Lymphozyten mit Zunahme der Eosinophilen ist ein gutes Zeichen. Zunahme der Monozyten hingegen deutet auf einen ungünstigen Verlauf. Heilende Falle zeigen: Neutrophile 50 - 65 %, Lymphozyten 25 - 40 %, Monozyten 6 - 9 %. Eosinophile vermehrt. Progrediente Falle zeigen: Neutrophile etwa 65 %, Lymphozyten meist unter 20 %, Monozyten über 8 %.

3. *von Bonsdorf* zählt die einzelnen Lappen der Kerne von 100 Neutrophilen (normal 250 bis 275). Ihre Zahl nimmt mit der Schwere der Erkrankung ab.

4. *Schilling* teilt die Neutrophilen in reife (stabkernige) und unreife (jugendliche). In progredienten Fallen sind die Jugendlichen bis zu 3 bis 5 % vermehrt.

Med. Press and Circ. Nr. 5244, 1939.

2. Zur Behandlung der kindlichen Pneumonien mit Sulfanilamidopyridin (Dagénan).

W. Trachsler, Zürich, fasst die Ergebnisse seiner Beobachtungen wie folgt zusammen:

Weitaus am promptesten reagieren die reifen, kruppösen Formen der Pneumonie, bei denen nach seinem Material 88 % innerhalb 48 Stunden nach dem Einsetzen der Dagénan-Medikation ohne Rücksicht darauf, am wievielten Erkrankungstage die Behandlung begonnen wurde, entfiebert waren. Bei den unreifen oder Broncho-Pneumonien sind die Resultate schlechter, da von ihnen bloss 50 % innerhalb der ersten zwei Tage abfieberten. Trotzdem die meisten Patienten nach dem Absinken des Fiebers in der Regel sofort munter werden, geht diese rasche Entfieberung nicht auch mit einer beschleunigten Resorption der Infiltrationen einher.

Dosierung bei Kindern 1 g Dagénan pro 10 kg Körpergewicht für 24 Stunden bis zur Entfieberung, dann Abbauen der Dosis, bis am 4. oder 5. Tage nach der Entfieberung das Mittel weggelassen wird. Die Dosis wird, über den Tag und auch über die Nacht verteilt, in 2 - 4 stündigen Intervallen verabreicht. Die toxischen Erscheinungen, Erbrechen, Cyanose, sind beim Dagénan seltener als beim Sulfanilamid. Bei Ueberdosierung oder Ueberempfindlichkeit kann Agranulozytose eintreten. Zuweilen treten skarlatiniforme oder urtikariell-morbilliforme Exantheme auf.

(E. G)

Schw. M. W. 1940 Nr. 33.

Chirurgie

3. Die Cholezystocholedochostomie,

also die Herstellung einer Kommunikation zwischen Gallenblase und Ductus choledochus, wird von *Prof. B.O.C. Pribram* (London-Shanghai) für jene Falle vom Gallenstauung empfohlen, die nur mechanisch, z.B. durch Ptosis der Gallenblase oder Knickung eines zu langen Ductus cysticus, bedingt ist auch bei Gallensteinen ohne wesentliche Entzündungssymptome. Sie bezweckt die Erhaltung einer noch funktionsfähigen Gallenblase. Die Operierten entfalten schon nach 3 bis 4 Tagen einen unglaublichen Appetit, vertragen auch fette Speisen zumeist sehr gut, und der Geschmack ist nicht gestört, wie so oft nach einer Cholezystektomie. Von 32 in den letzten 6 Jahren Operierten ist 1 an Pneumonie 1 Woche nach der Operation gestorben, allen übrigen geht es gut.

Die Operation ist viel einfacher als man erwarten möchte. Von einer breiten kostalen Eröffnung aus wird die Gallenblase freigelegt, punktiert und nach Aspiration ihres flüssigen Inhalts mittels zweiwegiger Spritze mit phys. NaCl-Lösung ausgespült. Dann wird der Blasenfundus inzidiert und durch die Oeffnung die Schleimhaut und namentlich der Eingang des Ductus cysticus mit dem Finger nach Steinen auspalpiert. Inzision des Lig. hepatoduodenale, Freilegung und 4 cm breite Inzision der Vorderwand des Duct. choledochus nach Ligatur der kleinen Gefässe. Entsprechende Inzision der Blase und Herstellung der Anastomose. Zur Erleichterung der Operation wird ein dünnes Drain von der Fundusinzision durch die Blase und beide Anastomoseöffnungen in den Duct. choledochus geführt. Jedenfalls wird ein Sicherheitsdrain für den Fall einer Gallensickerung nicht weit von der Anastomose entfernt eingelegt. Das Fundusloch wird entweder gänzlich oder dicht um das Drain herum vernäht.

Bei starker Entzündung, namentlich Empyem der Gallenblase, Abzess des Leberbettes und bei Schrumpfung der Gallenblase, muss das Organ selbstverständlich entfernt werden und zwar am besten auf elektrochirurgischem Wege. Letzteres ersetzt völlig die Cholezystostomie, die der Autor schon seit 1926 nicht mehr gemacht hat. Eine Anastomose der Gallenblase mit dem Duodenum oder Magen ist bei einer inoperablen Obstruktion des Duct. choledochus, z.B. durch Krebs der Papilla Vateri, erforderlich. Bei einer gewöhnlichen Gallenstauung (dunkelgrüne Galle) sind diese Eingriffe unbefriedigend, weil durch die Kommunikation mit dem Darm bezw. Magen die Sterilität, zumindest das bakteriologische Milieu der Gallenblase beeinträchtigt wird.

Lancet Nr. 6072, 1940.

Kinderheilkunde.

4. Das Erythema nodosum

der Kinder und Jugendlichen wird von *A. A. Sami* (Fuad I.-Univ.-Hosp. Kairo) als wichtiges Zeichen einer Tbc.-Infektion bezeichnet. Das Krankheitsbild: Eruption von erbsen- bis eigrossen, schmerzhaften und druckempfindlichen Knoten, hauptsächlich an der Streckseite der Extremitäten, unter leichtem Fieber. Die Eruptionen sind zuerst rot, später dunkel bläulich. Sie treten 3-8 Wochen nach der Tbc.—Infektion in rascher Folge auf und schwinden nach 2-3 Wochen spurlos. Das E.n. ist eine exsudative Läsion, die durch eine rasch sich entwickelnde Allergie hervorgerufen wird. Das sensibilisierende Agens ist *meist* ein Tuberkuloprotein, ausnahmsweise sind es Proteine haemolytischer Streptococcen oder anderer Erreger. Manchmal wird das E.n. nach Infektionen wie Masern oder Keuchhusten beobachtet, die zeitweise die tuberkulöse Allergie herabsetzen. Das Auftreten des E.n. fällt mit der Rückkehr des sensitiven Stadiums zusammen. Jedenfalls sollte ein E.n. zur Nachforschung veranlassen, ob nicht vor einigen Wochen eine Tbc.—Infektion erfolgt ist. Das E. n. ist eine Anzeige zu einer gründlichen Untersuchung auf Tbc. (Tuberkulinreaktion, Roentgen usw.) In einem kleinen Prozentsatz wird es allerdings auch nach akuten Infektionen der oberen Luftwege bei septischen Wunden, Enterocolitis und nach akutem Gelenkrheumatismus beobachtet.

Journ. Egypt. Med. Assoc. Nr. 8, 1939

Mund-, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

5. Chemotherapie bei Gingivitis und Alveolarpyorrhoe.

A.J. Cokkinis (St. Mary's Hosp, London) fand in den Zahnfleischabstrichen so gut wie immer Strept. viridans, manchmal in Reinkultur, und oft gemischt mit haemolytischen Streptococcen.

Ueber 70 Fälle wurden mit Sulfanilamid oder Sulfapyridin behandelt, die sich wirksamer als Uliron zeigten und in Tagesdosen von 3 - 4 g gegeben wurden. Akute Gingivitis wurde in etwa einer Woche völlig symptomenfrei. Der Foetor und der Morgenbelag an Zähnen und Lippen schwanden völlig, das Oedem der interdentalen Papillen und die in manchen Fällen vorhandenen Halsdrüsenschwellungen gingen zurück. Es zeigte sich aber, dass *eine* Kur keineswegs ausreichte und dass die Gingivitis nach etwa einer Woche rezidivierte. Durch weitere Kuren und namentlich durch Kombination mit Vakzine zur Hebung der Immunität konnten dauernde Erfolge erzielt werden. Bei Alveolarpyorrhoe mit Eitertaschen, apikalen Abscessen und Lockerung der Zähne ist die Mitarbeit des Zahnarztes unerlässlich. Sehr wertvoll ist die Chemotherapie und - prophylaxe der gelegentlich nach Extraktion einiger septischer Zähne auftretenden Septikaemie infolge der bakteriellen Aussaat nach der Extraktion, Diese unerwünschten Komplikationen derZahnchirurgie können durch eine kurze Sulfonamid- Vakzinekur weitgehend vermieden werden.

Brit med. Journ. Nr. 4118, 1939

Neurologie und Psychiatrie.

6. Delirium tremens.

J. M. Thomas und Mitarbeiter berichten über eine Studie an 50 Fällen des Psychopath.-Hosp. in Boston. Bei der Aufnahme zeigten die Patienten— alle schwere Trinker—Verwirrung, Desorientierung, Gesichts—und Gehörshalluzinationen Die besten Resultate zeigte folgende Behandlung: Paraldehyd per os als Schlafmittel. Nach dem Erwachen Magnesiumsulfat als Abführmittel, hierauf eine kalorien-und namentlich an Vitamin B reiche Kost, ausgiebige Flüssigkeitszufuhr (Fruchtsäfte, Milch usw.); bei Erregungszuständen Paraldehyd per os. In Fällen ohne Hirnkomplikation mit erhöhtem Liquordruck ist die Lumbal — Punktion unnötig. Flüssigkeitseinschränkung nicht angezeigt.

Ann. Int. Med, 12, 2006, 1939

---

7. Kardiazolschock bei Menstruations-Psychosen.

Doz. H. Hoff und *I. A. Shaby* berichten aus dem Royal Hospital in Bagdad über zwei Mädchen von 24 und 17 Jahren mit Verwirrungszuständen, Halluzinationen, Angstzuständen, paranoiden Ideen und kontinuierlichem Erbrechen zur Zeit der Menstruation, die durch 4 ccm Cardiazol venös und anschliessende Psychoanalyse geheilt werden konnten. Im ersten Fall genügten zwei Injektionen; sie verursachten epileptiforme Krämpfe und nach einem einstündigen Schock ein Glücksgefühl und geistige Klarheit. Die zweite Injektion wurde nach 6 Wochen wegen eines Gefühles der psychischen Unsicherheit mit dem gleichen Erfolge verabfolgt. Sie ist seither völlig normal. In den ersten zwei Monaten wurden Prolan und Menformon 14 Tage hindurch vor der Menstruation verordnet.—Beim zweiten Falle genügte eine einzige Injektion zur Kupierung des Anfalls. Sie hat zwar noch Angstgefühle ein bis zwei Tage vor der Periode; doch waren weitere Cardiazol - Injektionen unnötig.

Mschr. f. Psych. u. Neur. Vol. 102, Nr. 1, 1939

Urologie.

8. Ueber Ergebnisse mit Sexualhormon bei Prostatahypertrophie

berichtet *Kl. Merk* (Marienkrh Gelsenkirchen - Buer). Er verwendete das synthetische Testishormon Perandren (Ciba). In 32 leichteren Fällen schwand nach 12 i.m. Injektionen à 10 mg

(alle 2 bis 3 Tage) die Dysurie und der Restharn ging zurück. In 10 schweren Fallen waren auch höhere Dosen ohne objektiven Erfolg. Eine subjektive Besserung, namentlich des Allgemeinbefindens, blieb in keinem Falle aus. 20 operierte Prostatiker erhielten mit deutlichem Nutzen in der dritten und zweiten Woche vor, sowie in der zweiten und dritten Woche nach dem Eingriff jeden 3. Tag 1,0 mg Perandren i.m.—Für die ambulante Therapie der P.-H. sind Perandrentabletten (3 - 6 Stück täglich) oft ausreichend.

Z.Ur.H.9.1939.

Augenheilkunde.

9. Conjunctivitis gonorrhoica - Spülungen mit Sulfanilamid.

In den letzten Jahren, so berichten *W. J. Rein* und *O.B. Tibbetts* (Richmond), wurden an der Univ.-Augenklinik in Virginia alle Falle von C.g. mit ausgezeichneten Ergebnissen unmittelbar nach dem Auftreten der gramnegativen intrazellulären Gk. mit einer 0.5% Lösung von Sulfanilamid in phys. NaCl-Loesung alle 15 Minuten Tag und Nacht gespült. Die Kranken mit anderen gonorrhoischen Manifestationen (Vaginitis, Urethritis usw.) erhielten Sulfanilamid auch innerlich, 2 - 4 g täglich, je nach Alter und Gewicht. Nach 24 Stunden war ein deutlicher Umschwung zum Bessern zu erkennen. Die Hornhaut war reiner und klarer, die Eitersekretion hatte fast völlig sistiert, das Lidödem war rasch zurückgegangen. Hornhautgeschwüre schritten nicht weiter und begannen zu heilen. Irgendwelche Komplikationen und Rückfalle kamen nicht vor.

Amer. Journ. Ophth., Oktober 1939.

Verein der Heim-und Spitalsaerzte

Sitzung vom 14. Oktober 1940.

Dr. B. Zelnik
spricht über die *extrauterine Graviditaet* (erscheint an anderer Stelle dieses Heftes als Fortbildungsvortrag).
Die extrauterine Gravidität ist eine Nidationsanomalie. Sie wird verursacht:

1.) durch Beschleunigung der Nidationsreife, chemisch - innersekretorische Ursachen,
2.) durch Behinderung oder Verlangerung der Eiwanderung, mechanische Ursachen.

Wir unterscheiden die ovarielle, ampulläre, isthmische, interstitielle und abdominelle Schwangerschaft.

Die extrauterine Gravidität endet meist im frühen Stadium entweder durch Tubarruptur oder Tubarabort. Die Ruptur bietet das Bild schwerster innerer Blutung. Der Abortus geht einher mit uterinen Blutungen, Entstehen und Grösserwerden eines einseitigen Adnextumors und einer Haematocele. Die Therapie ist eine operative.

Diskussion:

1.) Dr. *Marcuse* erinnert in differential-diagnostischer Beziehung an die nicht ganz so selten vorkommenden intraabdominellen Blutungen durch geplatzte Luteumcysten. Eine exakte Diagnose ist bei diesen Fällen praktisch unmöglich.

2.) Dr. *Friedrichs* weist auf die Tatsache hin, dass es der Praktiker in diagnostischer Beziehung viel schwieriger hat, als der Kliniker, und beleuchtet kritisch den Wert der Asheim/Zondeck'schen Reaktion

3.) Prof. *Pribram* berichtet über einen Fall von Salpingostomie und normaler Gravidität.

Schlusswort:

Dr. *Zelnik* betont noch einmal die ausserordentliche Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei einer i n t a c t e n ectopischen Gravidität

---

J.R.C. Isolation-Hospital Shanghai.

Krankenbewegung in der Zeit vom 1. bis einschl. 28. Oktober 1940.

Krankenbelag am 30. September	93*
Zugänge 1. bis 28. Oktober	111**
	204
Entlassungen 1. bis 28. Oktober	120
Krankenbelag am 29. Oktober	84***

*(45 Männer, 35 Frauen, 13 Kinder)

**(darunter
43 Amöben-Dysenterien
2 Shiga-Kruse-Dysenterien
1 Flexner-Dysenterie
5 Diphtherien
2 Flecktyphen
1 Scarlatina
3 Malaria tertiana
14 Dengueverdacht

der Rest: Gastroenteritis, Colitis, Influenza, Tonsillitis, Icterus, unspezif Status febrilis, Tuberc. pulmonum, Scabies.

***(53 Männer, 23 Frauen, 8 Kinder)

In der Berichtszeit gestorben:
1 Patientin (Amöben Dysenterie)

SUBSCRIPTION-RATES: Shanghai (local) NC-$ 5.00 1/2 year
other places in CHINA NC-$ 12.00 1/1 year
JAPAN, HONGKONG US-$ 1.00 1/1 year
OTHER COUNTRIES US-$ 2.50 1/1 year

Aus dem Inhalt der naechsten Hefte:

Das Trachom und seine Behandlung
Ueber Hongkong - Fuss
Physikalische Heilmethoden
Differentialdiagnose bei Infektionskrankheiten
Ueber Kinderlaehmung
Zur Pathologie der Amoeben-Ruhr
Besondere Krankheiten der Kinder in Shanghai
Geistige Hygiene
Sprue—Beri Beri—Kala Azar
Leishmaniosen
Zur Kollaps-Therapie der Lungentuberkulose
Arzneimittel in Shanghai

Publisher and Proprietor: Dr. Kurt RAPHAEL, 78 Rte. des Soeurs.
Responsible for the editorship: Dr. Egon Goldhammer M.D.
Editor's office: Dr. Paul Salomon M.D., 335 Wayside Road.
Phone 50792.
Advert.-Dept.: Phil. Kohn, 810/27 E. Seward Rd. Phone 52629.
Printing: Centurion Printing Co., 90 Yuenfong Rd. Phone 51338.